



## Formulario de Verificación de Licencia por Maternidad

**IMPORTANTE: No ALTERE, ESCRIBA O UTILICE BLANQUEADOR en este formulario. Si comete un error, puede completar un nuevo formulario. El uso de WHITE OUT en cualquier formulario puede retrasar o impedir la determinación de los servicios.**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a mi empleador para divulgar la siguiente información a la Coalición de Aprendizaje Temprano de los condados de Pasco y Hernando con el fin de determinar mi elegibilidad para el programa de preparación escolar.

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardian Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario debe ser completado por el empleador y **no por el empleado**. El ELC puede comunicarse con su empleador para confirmar la información proporcionada.

1. Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

2. Direccion de la compañía: \_\_\_\_\_

3. Nombre del empleado \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

4. Se anticipa el regreso del empleado cuando finalice la licencia :  Yes  No

5. Fecha inicial del la licencia : \_\_\_\_\_

6.  Licencia Pagada  Licencia sin paga

7. Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

8. Al regresar al trabajo: tasa de pago anticipada: \_\_\_\_\_ Horas anticipadas por semana: \_\_\_\_\_

9. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

La información provista en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si omito o proporciono información falsa a sabiendas, puedo ser responsable de enjuiciamiento según la ley.

Representante del empleador \_\_\_\_\_ Titulo \_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del empleador

\_\_\_\_\_  
Numero de telefono

\_\_\_\_\_  
Fecha